



Inbetriebnahme eines neuen Computertomographen

Name:

LANR:

BSNR:

Praxisanschrift

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

Folgender Computertomograph wird in Betrieb genommen:

Hersteller:

Gerätebezeichnung: Baujahr:

Standort des Gerätes:

Folgender Computertomograph wird ausgetauscht:

Hersteller:

Gerätebezeichnung: Baujahr:

Standort des Gerätes:

Vom Antragsteller zu bestätigen

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass:

- die KV Nordrhein die zuständige(n) Qualitätssicherungs-Kommission(en) beauftragen kann, den/die in Betrieb befindlichen Computertomographen daraufhin zu überprüfen, ob er/sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entspricht/entsprechen (**§ 14 Abs. 4 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie**)

(Ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung **nicht** erteilt werden. Bei angestellten Ärzten muss das Einverständnis des anstellenden Arztes mit dessen Unterschrift bestätigt werden.)

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers ggf. des anstellenden Arztes/ärztlichen Leiter des MVZ

.....
Vertragsarztstempel

Wichtiger Hinweis:

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und fügen folgende Unterlagen bei

- Betriebserlaubnis/Anzeigenbestätigung für das Gerät von der Bezirksregierung personenbezogen oder praxisbezogen und Kopie der Anzeige bei der Bezirksregierung
- aktueller Sachverständigenprüfbericht
- Anmeldung des Gerätes bei der Ärztlichen Stelle